

Normale en abnormale cognitieve veroudering en de differentiatie van dementie en depressie

Citation for published version (APA):

Jolles, J. (1990). Normale en abnormale cognitieve veroudering en de differentiatie van dementie en depressie. *Cobo-bulletin*, 23, 18-25.

Document status and date:

Published: 01/01/1990

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Normale en abnormale cognitieve veroudering en de differentiatie van dementie en depressie

Prof. dr. J. Jolles, Vakgroep Neuropsychologie & Psychobiologie;
Rijksuniversiteit Limburg; Postbus 616,
6200 MD Maastricht.

Inleiding

Uit wetenschappelijk onderzoek en uit de klinische praktijk blijkt dat klachten over cognitieve functies zoals het geheugen met het ouder worden toenemen. Het blijkt de laatste jaren, dat zelfs personen van middelbare leeftijd om deze reden regelmatig een beroep doen op een gezondheidszorgvoorziening. Cognitieve dysfuncties komen ook veel voor bij psychiatrische ziekten; bij deze worden de klachten vaak beschouwd als epifenomeen of in ieder geval secundair aan de meer op de voorgrond staande affectieve en/of psychotische problematiek. Bij dementie daarentegen staan cognitieve problemen op de voorgrond, in het bijzonder in vroege fasen ervan. Omdat bij dementie gewoonlijk ook affectieve problemen een grote rol spelen, is het belangrijk om vast te stellen of de cognitieve klachten en affectieve stoornissen optreden ten gevolge van dementie of ten gevolge van depressie.

De vraag hoe het zit met cognitieve stoornissen bij het ouder worden in relatie tot psychiatrische of neuropsychiatrische problematiek heeft twee belangrijke aspecten: in de eerste plaats is onvoldoende bekend van de eerste stadia van ernstige dementiële ziektebeelden zoals de ziekte van Alzheimer. Het is mogelijk dat mensen die lijden aan deze ziekte zich in de allereerste stadia manifesteren met een verandering van persoonlijkheid of met problemen die gediagnostiseerd zijn in termen van

psychiatrische problematiek zoals dysthymie of milde depressie. Geheugenproblemen lijken namelijk niet bij alle Alzheimer patiënten een eerste voorbode van de zich ontwikkelende dementie geweest te zijn. In de tweede plaats gaat het om levensfase-problematiek die niet samenhangt met ernstige psychopathologie maar wel invaliderend is voor persoon en de sociale setting. Het is daarvoor dat een beroep op de geestelijke gezondheidszorg wordt gedaan. Er zijn bijvoorbeeld aanwijzingen dat problematiek zoals die speelt voor de oudere werknemer met 'stress op het werk' veeleer een probleem kan zijn van afgenomen cognitieve functies en daaraan secundaire verwerkingsproblemen dan van veranderde relaties en psychosociale factoren.

Het voorliggende stuk gaat in op een aantal aspecten van de verandering van cognitieve functies met de leeftijd; een toespitsing zal worden gemaakt op de voorgenoemde twee hoofdaspekten. Er zal in dat verband een toespitsing plaatsvinden op die cognitieve functies die relevant zijn voor de vraag: "zijn de klachten van deze persoon normaal, dat wil zeggen horen deze bij de leeftijd of is er van pathologie sprake". Dat wil zeggen, zijn de klachten en bijbehorende stoornissen erger dan door de leeftijd alleen verklaard kan worden? In dat opzicht zal alleen zijdelings gesproken worden over cognitieve veroudering bij dementie en depressie.

Uitgangspunt in het voorliggende stuk is dat er een complexe relatie is tussen functiestoornissen en verwerkingsproblemen: er wordt uitgegaan van de mogelijkheid dat het dysfunctioneren van de persoon in zo'n psychosociale kontekst beter te begrijpen is als be-

kend is welke de funktionele mogelijkheden en vaardigheden van de persoon zijn en welke de secundaire verwerkingsproblematiek is. In dit verband zal een nadruk liggen op geheugen en aandacht gerelateerde functies en niet op taal, waarneming en andere neuropsychologische functies en functiestoornissen; ook wordt niet diep ingegaan op de onderliggende hersenmechanismen.

Voor een nadere beschrijving van de literatuur over cognitieve en neuropsychologische aspecten van het ouder worden wordt naar elders verwezen (Botwinick 1981; Jolles 1985, Jolles 1986; Poon 1985).

Wat bekend is van de normale veroudering

Als een willekeurig leerboek, handboek of review over de cognitieve veroudering wordt opengeslagen, dan is daaruit te lezen dat er een relatief eensluidend oordeel bestaat over de achteruitgang van cognitieve functies en vermogens. Deze ziet er ongeveer als volgt uit: de meeste functies gaan achteruit, in het bijzonder die welke te maken hebben met geheugenfuncties, plannen van activiteiten en gedrag, waarnemen en probleem oplossen. Voorts zouden ouderen gekenmerkt zijn door motorische problemen in het bijzonder wanneer grote bewegingen moeten worden gemaakt. In dat verband is al in de twintiger jaren vastgesteld dat ouderen veel trager zijn dan jongeren. Duidelijk is geworden dat zulks niet alleen samenhangt met motorische functies, maar ook met 'informatieverwerking' van de zgn. hogere cognitieve functies. Later bleek dan ook dat ouderen trager waren in uitvoeren van complexer cognitieve - 'hogere' - taken. Volgens de literatuur zouden vooral die functies ook bij ouderen langer in stand blijven die op zogenaamde 'gekristalliseerde vaardigheden' berusten. Het gaat om woordenschat en andere aspecten van taalvermogen en om andere functies en vaardigheden die vooral met ervaring samenhangen. De achteruitgang - aldus de handboeken - is geleidelijk en start soms al in de veertiger jaren. Tegenwoordig vindt men dat er meer informatie moet komen over

het proces van de prestatievermindering met het ouder worden. Men merkt in dit verband op dat kontekst erg belangrijk is. Dat wil zeggen dat ouderen in de ene omgeving bepaalde dingen beter - tot zelfs optimaal - blijken te kunnen dan in een andere.

Zoals hier weergegeven is, gaat het om een vrij simpel dogma. Het is echter de vraag of het in zijn algemeenheid met betrekking tot de cognitieve veroudering wel zo gesteld mag worden zoals hierboven werd beschreven. Er zijn de laatste jaren wat meer methodologische problemen aan het licht gekomen. Zo is het verouderingsonderzoek ernstig gehandicapt doordat het vergelijken van verschillende kohorten nogal moeilijk is en er vele factoren zijn die interpretatie beïnvloeden. Ook zijn er culturele factoren die een belangrijke reden kunnen zijn voor de gekonstateerde prestatievermindering bij ouderen. De laatste jaren zijn er nieuwe inzichten verkregen die het een en ander in een wat ander licht zetten: in de eerste plaats is er een veranderd zicht op het mogelijk belang van persoonlijkheidskarakteristieken. Tot nu toe werden persoonlijkheidsveranderingen bij het ouder worden gewoonlijk toegeschreven aan psychosociale omstandigheden. Toegenomen voorzichtigheid zou bijvoorbeeld een goede compensatie zijn van de oudere persoon voor diens traagheid en afgenomen functie van zintuigen, spieren en ledematen. Andere persoonlijkheidskarakteristieken die vaak genoemd worden in relatie tot ouderen zijn konservatisme, somberheid, weerstand tegen verandering en inflexibiliteit. Deze zouden een relatief 'natuurlijke' reactie van de oudere zijn op de omgeving om hem of haar heen. Echter, er wordt recentelijk naar voren gebracht dat deze persoonlijkheidsveranderingen ook toe te schrijven zouden kunnen zijn aan biologische veranderingen zoals in het bijzonder veranderingen in de hersenen. De frontale hersendelen zouden een belangrijke rol daarin vervullen. Volgens deze concepten zouden het dus hersenveranderingen zijn die bepalen hoe de persoon in de omgeving staat en dus ook hoe deze persoon prikkels uit de omge-

ving kan opnemen, opslaan in zijn geheugen en weer opdiepen of terugroepen uit dat geheugen. Het feit dat een oudere anders met informatie uit de omgeving omgaat dan een jongere, zou zich dan ook in het ene geval als een geheugenprobleem kunnen doen gelden op het moment dat iets niet herinnerd kan worden. Op een ander moment echter uit dit zich als een persoonlijkheidsprobleem wanneer de persoon inflexibel op een bepaalde situatie reageert.

Een tweede belangrijke vernieuwing van het inzicht omtrent cognitieve veroudering is de zich ontwikkelende differentiatie kijk. Dat wil zeggen dat met het toenemen van het inzicht in het proces van veroudering ook duidelijk wordt welke functies en vaardigheden relatief meer afnemen dan andere. Belangrijk is bijvoorbeeld het onderscheid tussen simpele en complexe taken: het is gebleken dat het verlangzamen van cognitieve processen bij het ouder worden relatief meer uitgesproken is in complexe of moeilijke taken dan in makkelijke taken. Dit is van groot belang omdat deze bevinding suggereert dat leeftijdsgerelateerde vertraging eerder toe te schrijven kan zijn aan een niet-specifieke achteruitgang in de zogenaamde algemene 'resources' (zie Salt-house, 1988), de mentale 'kapaciteit', dan aan stoornissen in specifieke onderdelen van het cognitieve functioneren. De reden dat een dergelijke vermindering van 'resources' bij ouderen zou bestaan, kan volgens de theorie samenhangen met het feit dat de verwerkingscapaciteit bij ouderen afneemt. Dat wil zeggen dat het vermogen van hogere centra in het zenuwstelsel - die veel verwerkingsruimte nodig hebben - afneemt met het ouder worden. Mogelijk wordt dit veroorzaakt omdat er enige hersenatrofie plaatsvindt of een vermindering van aantal en efficiëntie van de verbindingen tussen de hersencellen.

Een derde punt dat in dit verband erg belangrijk wordt geacht is het feit dat de ouderen als groep weliswaar een achteruitgang in prestatie hebben, maar dat er toch vele oude individuen zijn die een prestatieniveau hebben dat ge-

lijk is aan of zelfs beter dan het gemiddelde van jonge individuen. Er wordt gesuggereerd dat de toegenomen variatie in oudere groepen te wijten zou kunnen zijn aan een groter aantal uitvallers in de oudere groepen, waarbij de uitval onder andere zou worden veroorzaakt door een lichamelijke ziekte.

In de vierde plaats is de laatste jaren duidelijker vastgesteld dat de prestatie van de oudere relatief weinig achteruitgaat wanneer hij of zij zich kan baseren op sterk ingeoeffende ervaringen of wanneer hij/zij zich kan baseren op sterke prikkels vanuit de omgeving. Wanneer de vereiste mentale operaties niet routinematig worden uitgevoerd, of niet geleid worden door de omgeving, en daardoor door de oudere persoon zelf moeten worden gestart, georganiseerd en uitgevoerd, dan vindt leeftijdsachteruitgang plaats, ongeacht de aard van het functionele systeem waar een beroep op wordt gedaan. Volgens de geheugenonderzoeker Craik (1977, 1989) is het zo dat ouderen minder in staat zijn om zelf geïnitieerde operaties te organiseren en uit te voeren; daarvoor zijn ze meer afhankelijk van ondersteuning door de omgeving. Het is in dit verband opmerkelijk dat ook Craik komt tot de vaststelling dat de frontale hersendelen bij ouderen niet meer naar behoren functioneren, en dat zulks ertoe leidt dat het vermogen om gebeurtenissen te integreren met de andere prikkels die in de kontekst aanwezig zijn, wordt gereduceerd. Het resultaat hiervan is dat de effectiviteit van het onthouden van gebeurtenissen vermindert.

Enkele belangrijke begrippen op het gebied van de cognitieve veroudering

Volgens de huidige inzichten worden de functionele mogelijkheden van een oudere persoon (bijvoorbeeld iemand van 60 jaar) bepaald door verschillende factoren die in een complexe interactie met elkaar verward zijn. Behalve om de biologische veroudering sec gaat het om de kontekst waarin dingen worden geleerd. Dat betreft dus de omgeving en de motivatie die de persoon heeft om iets te leren. Voorts gaat het om de

levensgeschiedenis in sociaal opzicht, bijvoorbeeld de leerervaring die iemand in zijn leven heeft gehad, zijn opleiding en gevolgd onderwijs. Tenslotte gaat het om de levensgeschiedenis in de zin van het doorgemaakt hebben van zgn. 'biologische life events'. In dit verband wordt gedacht aan het doorgemaakt hebben van gebeurtenissen die de hersenfunktie kunnen verminderen zoals een schedelhersentrauma, blootstelling aan toxische factoren of aan operaties met algehele anaesthesie. Er wordt wel gesproken van 'Het brein als afhankelijke variabele': hersenmarges (d.w.z. functionele mogelijkheden van de hersenen) versmallen of verbreden door veranderingen in de omgeving. Er zou sprake kunnen zijn van een kumulatie van negatieve invloeden door in het verleden doorgemaakte biologische life events die een invloed op de hersenen hebben (bijv. licht hersentrauma), die zich op oudere leeftijd gaat uiten wanneer de biologische hersenveroudering haar tol gaat eisen. Het effect van een biologische en een psychosociale omstandigheid van tientallen jaren eerder zou zich dus op wat hogere leeftijd kunnen uiten door het feit dat dan de biologische c.q. hersenveroudering als nieuwe factor gaat meespelen. In dit verband wordt - zoals gezegd - duidelijk dat hersenmarges afhankelijk zijn van verandering in de omgeving. In andere termen wordt hier, zoals bekend, vaak gesproken over de balans tussen draagkracht en draaglast. Het gaat derhalve om versmalling van aanwezige marges. Er lijkt een relatie te bestaan tussen de term 'resources', die door Salthouse is ingevoerd, en dit type marges, waarin de tijd, snelheid of aandachtskapaciteit bepalend is voor de draagkracht.

Een tiental jaar geleden is met betrekking tot menselijke informatie verwerking een relevant nieuw concept ingevoerd. Het ging om het verschil tussen de zogenaamde 'automatische' en de 'gekontroleerde' verwerking (Poon 1985, Weingartner 1986). De automatische verwerking zou relatief snel gaan, zonder bewuste bewerking, en zou een hoge verwerkingscapaciteit hebben. Dit laat toe dat veel activiteiten tegelijk kunnen

worden uitgevoerd zonder wederzijdse beïnvloeding. Hierdoor zou veel informatie uit de omgeving tegelijk kunnen worden verwerkt. Aan de andere kant zou de gekontroleerde verwerking langzaam gaan, een geringe capaciteit hebben en relatief veel bewuste inspanning en/of mentale energie vereisen. Bij het ouder worden zou er een verschuiving plaatsvinden in de relatieve hoeveelheid automatische en gekontroleerde verwerking. Het zou erop neerkomen dat ouderen nog wel in staat zijn om taken uit te voeren zoals vroeger, maar dat daar nu relatief meer moeite, tijd en energie voor nodig is. Wanneer er hoge tijdsdruk is, zou dit zich bij ouderen uiten doordat hun capaciteit is afgenomen, waardoor ze geen tijd meer hebben om door meer inspanning en energie te compenseren voor het afgenomen vermogen. Ze kunnen ook niet meer - zoals vroeger - verschillende akties tegelijk uitvoeren. Het is in dat verband duidelijk dat 'trying harder' met afnemende marges leidt tot nog meer tijd en moeite, waardoor ouderen kwetsbaarder zijn in situaties met hogere belasting in emotionele zin en tijdsdruk. Ouderen zouden dan ook veel meer moeite hebben met dubbeltaken die onder tijdsdruk moeten worden uitgevoerd. Het is duidelijk dat deze inzichten overeenkomen met die welke in een eerdere paragraaf naar voren zijn gebracht in termen van het onderscheid tussen simpele en complexe taken.

Een toelichting aan de hand van cognitief verouderingsonderzoek aan de Maastrichter Geheugenkliniek

De Maastrichter Geheugenkliniek (MGK) is een gezondheidszorgvoorziening waar gezondheidszorg plaatsvindt voor mensen met problemen op het gebied van cognitieve funkties, in het bijzonder die welke in verband staan met de leeftijd. De MGK is niet perse een dementie screeningsunit, al vindt dergelijke dementie-screening er vanzelfsprekend wel plaats. Het is een gezondheidszorgvoorziening in het bijzonder voor mensen in de tweede levenshelft, dat wil zeggen vanaf 40 jaar. De grote nadruk ligt op vroege en differentiële diagnostiek en het opzetten van nieuwe

vormen van diagnostiek en behandeling voor dit type problematiek. Aan de MGK vindt ontwikkelingsgeneeskunde plaats ten aanzien van de nieuwe diagnostische en therapeutische voorzieningen en er worden projecten ontwikkeld op het gebied van preventie en voorlichting betreffende neuropsychiatrische ziekten bij het ouder worden. Patiëntgebonden research vindt plaats bij dementiepatiënten of bij depressie en bij leeftijdsgeassocieerde cognitieve veranderingen.

Ten aanzien van de normale veroudering heeft de laatste jaren een groot onderzoek plaatsgevonden in de normale populatie, waarin gekeken is naar factoren die een invloed hebben op hersenfunktie als een mogelijke determinant voor versnelde cognitieve veroudering. In dit onderzoek is een vergelijking gedaan van personen van 20 tot en met 80 jaar die al dan niet volledig gezond bleken volgens een rigoreuze gezondheidscreening. Mensen die zichzelf gezond achtten, maar die via de gezondheidscreening toch bleken aan een of meerdere life events te zijn blootgesteld, bleken een significant slechtere prestatie op cognitieve taken te hebben dan personen die niet door zo'n faktor waren gekarakteriseerd. Het ging in deze om zeer licht hersentrauma, het doorgemaakt hebben van enkele malen een algehele anaesthesie, matig alcoholgebruik en blootstelling aan toxische factoren (Houx et al., 1990). Het relevante van dit onderzoek is gelegen in het feit dat er bij de ouderen, die blijkens screening gezond waren, niemand was met een leeftijdsgeassocieerde achteruitgang in complexe geheugenfuncties. Alleen bepaalde snelheidsprocessen namen af met het ouder worden bij deze personen, alhoewel veel minder dan tot dusver in de literatuur gerapporteerd. De implicaties van deze bevinding zijn, dat de veel waargenomen vermindering van cognitief functioneren met het ouder worden, minder van de biologische veroudering sec afhangt, maar meer van de biologische life events. Vanwege de grote implicaties van deze bevinding wordt momenteel een groot vervolgonderzoek gepland om e.e.a. nader te toet-

sen. Een en ander zou kunnen betekenen dat de aanwezigheid van een biologische life event een risicofactor is voor versnelde cognitieve veroudering - en voor beroep op de geestelijke gezondheidszorg. Een en ander zou mogelijkheden scheppen voor gerichte interventies in een eerder stadium, en mogelijk voor preventie van cognitief verval.

Een tweede type bevinding werd gedaan met personen die at risk waren voor het ontwikkelen van een dementie, gezien het feit dat ze tijdens neuropsychologisch onderzoek een ernstiger geheugenprobleem bleken te hebben dan verklaarbaar was volgens de leeftijd (Reyersen van Buuren et al., 1990). Wanneer een dergelijk persoon in het psychiatrisch kanaal terecht komt, wordt vaak de diagnose 'dysthyme stoornis' gegeven. In het neurologische kanaal krijgen deze personen vaak een diagnose in de termen van leeftijdsgeassocieerde geheugenproblemen, zoals bijvoorbeeld geformuleerd met het recente concept Age Associated Memory Impairment (AAMI) (Crook et al., 1986). Het onderzoek werd uitgevoerd met dysthyme patiënten en AAMI-patiënten met een leeftijd van 40-69 jaar. De patiënten bleken een significant slechtere prestatie te hebben op cognitieve tests dan leeftijdsgematchte controles. In het geval van de dysthyme patiënten zijn bovendien aanwijzingen verkregen dat de patiënten meer gekenmerkt zijn door aanwezigheid van biologische life events dan de controles. Dit zou een bevestiging zijn van vermoedens die met het eerder gerapporteerde onderzoek bij normale mensen werden gesteld. Bij dysthyme en AAMI-patiënten bleek bovendien, dat vooral de prestatie op complexe cognitieve tests - waarbij van gecontroleerde informatieverwerking sprake is - was verminderd.

De prestatie op relatief simpele taken, zoals het geheugenspan, bleek daarentegen normaal te zijn in vergelijking met de controles. Tot nu toe kon het uitgevoerde follow-up onderzoek niet vaststellen dat er bij de dysthyme patiënten en de AAMI patiënten van een significante achteruitgang van functioneren sprake was, die zou kunnen doen konkluderen dat er van een vroeg sta-

dium van de ziekte van Alzheimer sprake is. Het blijkt dat de periode waarop de follow-up betrekking heeft (2 tot 3 jaar) vooralsnog te gering is. Het feit blijft dat de grond van de verminderde cognitieve prestatie bij deze patiënten tot nu toe niet is vastgesteld, en dat het mogelijk is dat er sprake is van een vroege fase in een dementieproces. Vervolgonderzoek in een longitudinale follow-up zal hierop plaatsvinden.

Het belang van de bevindingen die zijn gedaan bij de dysthyme patiënten en bij de AAMI patiënten is meerderlei. Een eerste punt van relevantie is het feit dat bij beide groepen patiënten cognitieve stoornissen zijn aangetroffen in een richting die in een eerdere paragraaf is geschetst: deze personen hebben vooral problemen met de complexe, tijd en inspanning kostende taken, terwijl zij op de relatief simpele concentratie en geheugentaken, die zonder tijdsdruk worden uitgevoerd, niet zijn gestoord. Het zou best kunnen zijn dat een deel van deze patiënten hulp zoekt in de geestelijke gezondheidszorg juist omdat zij meer moeite hebben met hun informatieverwerking, en dat stemmingsstoornissen er het gevolg van zijn. Overigens wordt al een aantal jaren betoogd dat een dergelijke stoornis in de automatische en gekontroleerd verlopen informatieverwerking ook een kenmerk is van vele depressieve patiënten. Ook bij deze personen zou het gaan om het feit dat een meer gekontroleerde strategie nodig is die (veel) meer tijd en energie kost, waardoor de patiënt het 'niet meer aankan'.

Een tweede punt van relevantie is het feit dat de AAMI-patiënten slechter bleken te zijn dan leeftijdscontroles. En dit, terwijl AAMI per definitie een konditie is waarbij de persoon ouder is dan 50 jaar, en meer dan één standaarddeviatie in geheugenprestatie slechter is dan een jong volwassene. Bij AAMI moet er dus sprake zijn van meer dan alleen de 'normale' veroudering! Of deze personen gekenmerkt zijn door biologische life events of dat er bij hen van een licht vroegere fase van Alzheimer dementie sprake is, is nu nog niet te zeggen.

Gezondheidszorg perspectief: andere aspecten

In instituten waar onderzoek wordt gedaan naar cognitieve veroudering bestaat sterk groeiende interesse voor factoren die versterkend kunnen werken op de 'normale' biologische veroudering. De laatste jaren wordt in dat opzicht meer onderzoek gedaan naar het presenium, dus de middelbare leeftijd. Het bovengeschetste onderzoek naar biologische life events en AAMI is er een voorbeeld van. Elders wordt onderzoek gedaan naar het belang van alcoholgebruik, maar ook naar beroepen die in dezen een versterkende rol zouden kunnen spelen. Zo lijkt het erop dat oudere werknemers meer last hebben van relatief slaapgebrek voortkomend uit sterk wisselende werktijden. Hetzelfde geldt voor ploegendiensten die het vierentwintig-uurs ritme sterk in de war schoppen. De oudere werknemer die aan stress onder invloed van werkomstandigheden wordt blootgesteld, zoals een verkeersleider of buschauffeur, zou ook meer dan normale cognitieve problemen hiervan ondervinden. Helaas is een patiëntcarrière dan snel geschetst: ziekte, WAO, gedeprimeerdheid en relatieproblemen kunnen bij deze personen leiden tot een beroep op de GGZ. Dat cognitieve problemen in zo'n geval primair kunnen zijn, en de psychosociale veranderingen leidend tot psychiatrische symptomen secundair, is tot op heden onvoldoende onderkend. Ook, dat de betreffende cognitieve problemen tot stand komen in een complexe interactie tussen de psychosociale situatie en de biologische veroudering.

In verband met het voorgaande is het ook relevant om vast te stellen dat lichamelijke ziekten met een verlaagde vitaliteit een sterke invloed kunnen hebben op de cognitieve vitaliteit en ook een interactie met de veroudering kunnen aangaan. Ook kunnen lange perioden met relatief slaapgebrek die volledig veroorzaakt zijn door psychosociale omstandigheden, de marges van de hersenen versmallen, waardoor een vicieuze cirkel in gang gezet wordt: zelfs is het zo dat een dergelijke persoon vaak te sterk gaat reageren op anaes-

thetica en de gebruikelijke dosis psychofarmaca. Het is dus van belang om het bestaan van problemen in cognitieve vitaliteit in relatie te zien met daaraan ten grondslag liggende biologische systemen en mechanismen en in de interactie met de biologische veroudering. De oudere persoon die merkt dat hij/zij dingen niet meer kan die hij of zij vroeger 'op zijn/haar sloffen' deed, wordt plotseling gekonfronteerd met verandering die als zodanig onomkeerbaar is, maar door velen niet kan worden geaccepteerd. Het hangt van de persoon af hoe de waargenomen verandering wordt verwerkt. Er zijn mensen die uit het feit 'dat ze het niet meer aankunnen', 'snel cognitief moe zijn', 'niet meer meerdere dingen tegelijk kunnen doen', 'namen vergeten', 'het nieuws op t.v. vergeten', bijna dwangmatig gaan proberen te bewijzen dat ze niet achteruitgaan, juist iets moeilijks gaan doen, juist met nieuwe dingen beginnen. Helaas blijkt het vaak erg konfronteerd te zijn om dan te merken dat het werkelijk niet gaat. Zo'n persoon komt in een vicieuze cirkel. Anders is het gesteld met een persoon die door de lichte geheugenproblematiek bang is geworden om dement te worden. Bij bovenbeschreven AAMI- en dysthyme patiënten zitten er nogal wat van deze categorie, die de laatste tien jaar snel in omvang is toegenomen vooral door de vele publicaties rond dementie in de media.

Slotopmerkingen

De in het voorliggende stuk naar voren gekomen stellingen hebben vooral betrekking op het feit dat meer belang moet worden toegekend aan de cognitieve veroudering en de relatie tot biologische life events en de psychosociale omstandigheden zoals die zich uiten in werkomstandigheden. In dit verband lijkt het erop dat er wat meer aandacht zou moeten komen voor het presenium. Immers, het kan zeer wel zijn dat de psychogeriatrische en gerontopsychiatrische problemen in de ouderdom tientallen jaren eerder hun wortels kunnen hebben. In dit verband moet ons idee van wat 'normaal' is op de helling. Tot nu toe is bij 'de ouderen' vooral gesproken van een statistische norm. Dat

wil zeggen dat oudere leeftijdsgroepen proportioneel een steeds groter aantal niet gezonde personen bevatten, zoals geheugengestoorde, demente of anderszins zorgbehoeftige mensen. Echter, dit laat onverlet dat deze gezondheidsproblemen niet normaal zijn voor het oud zijn in de biologische zin en dat is het wat steeds wordt gesuggereerd of geïmpliceerd. In dat opzicht moet wellicht worden onderscheiden tussen de 'normale' oudere en de 'modale' oudere! Volgens de bevindingen in het eerder genoemde onderzoek van Houx et al. zou de modale oudere (ouder dan 70 jaar) ongeveer twee biologische life events hebben doorgemaakt. Dergelijke gegevens wijzen erop dat de biologische veroudering sec moet worden onderscheiden van biologische life events en psychosociale life events. Voorts verschillen maatschappelijke en kulturele normen. Volgens de vermaarde hersenonderzoeker Haug is het zo dat de mens reeds tussen het dertigste en veertigste levensjaar aantoonbaar verlies van functionele connecties krijgt in de hersencellen van de frontale cortex. Belangrijk is dat juist die delen zijn aangedaan die een rol spelen in ons inherente vermogen om in te spelen op nieuwe prikkels. De suggestie is dat er functieverlies en zelfs weefselverlies in de hersenen optreedt, daar waar die hersendelen niet worden gebruikt, net zoals het in gips ingebedde gebroken been in dikte afneemt. Haug stelt de hypothese dat het maatschappelijke normen zijn die hieraan debet zijn en geen biologische. In onze maatschappij is er een premie op 'afleren van flexibiliteit': zodra de volwassenheid daar is en een vast patroon bestaat in gezin en werk is er geen mobiliteit meer. Daardoor leren de hersenen het af om in te spelen op steeds nieuwe situaties en aldus zich zelf steeds optimaal op te laden. Dit uit zich dan in relatieve atrofie in cruciale hersendelen. Bovengestelde hypothese is erg 'appealing', omdat die suggesties doet hoe iets gedaan zou kunnen worden aan iets wat tot nu toe als voldongen feit is beschouwd ('eenmaal iets mis in de hersenen dan blijft dat altijd', zo dachten kortgeleden nog). Aangezien tegen-

woordig bekend is dat de hersenen wis en waarachtig plastisch zijn en kunnen veranderen met ervaring, worden meer ideeën gelanceerd om tot op hogere leeftijd opnieuw optimaal mentaal/cognitief te functioneren. Het sinds enkele jaren populaire concept 'brain jogging' is ongetwijfeld geen panacée maar verdient wel aandacht in het licht van het bovenstaande. Het lijkt een suggestie uit een reclamefolder, maar het actief houden van zoveel mogelijk aspecten van het menselijk functioneren is ongetwijfeld toch geen slechte raad. Wel is het essentieel dat de oudere gedoseerd bezig is met de dingen: in het eigen werktempo en zonder stress en met een positieve evaluatie van de eigen functies en vaardigheden.

Literatuur

- Botwinnick, J. Neuropsychology of aging. In S.B. Filskov and T.J. Boll (Eds). Handbook of clinical neuropsychology. Wiley, New York, 1981; pp 135-171
- Craik F.I.M. Age differences in human memory. In: J.E. Birren & K.W. Schaie (eds). Handbook of the Psychology of aging New York; Van Nostrand Reinhold, 1977; pp 384-420
- Craik F.I.M. Changes in memory with normal aging: a functional view. In: Alzheimer's Disease (R.J. Wurtman, A. Corkin, J.H. Growdon, E. Ritter-Waler (eds.) Center for Brain Sciences and Metabolism. Cambridge, Mass. U.S.A. 1989; pp 329-338
- Crook T., Bartus R.T., Ferres S.H., Whitehouse P., Cohen G.D. and Gershon S. Age-Associated Memory Impairment: Proposed Diagnostic Criteria and measures of clinical change. Report of a National Institute of Mental Health Work Group. Developmental Neuropsychology 1986; 2: 261-276
- Haug H. Are neurons of the human cerebral cortex really lost during aging? A morphometric examination. In: W.H. Gispen and J. Traber (Eds). Senile dementia of the Alzheimer Type, 1985; (pp 150-163), Springer, Berlin
- Houx P.J., Vreeling F.R.J., Jolles J. Cognitive aging and risk factors for dementia. In: Wurtman R.J., Corkin S., Growdon J.H., Ritter-Walker E. (eds), Alzheimer's disease: Advances in basic research and therapies (Proceedings of the Fifth Meeting of the International Study Group on the Pharmacology of Memory Disorders Associated with Aging. 1989; Zürich, Switzerland, January 20-22). Cambridge (MA): Center for Brain Sciences and Metabolism Charitable Trust. Zürich, 1989; pp 413-417
- Jolles J. Early diagnosis of dementia: possible contributions from neuropsychology. In: Senile dementia of the Alzheimer type (J. Traber and W.H. Gispen, eds.) Springer Verlag, 1985; Berlin pp 84-100
- Jolles J. Cognitive, emotional and behavioral dysfunctions in aging and dementia. Prog. Brain Res. 1986; 70: 15-39
- Poon L.W. Differences in human memory with aging: nature, causes, and clinical implications. In: J.E. Birren & K.W. Schaie (eds.): Handbook of the Psychology of aging (2nd ed) New York: Van Nostrand Reinhold, 1985; pp 427-462
- Reyersen van Buuren E., Houx P. and Jolles J. Age-Associated Memory Impairment: Results from a controlled study into memory dysfunction. In: From Gene To Man (C.F.A. van Bezooijen, R. Ravid and A.A.J. Verhofstad, eds) Pasmans J.H., Den Haag, 1990: in druk
- Salthouse T.A., Investigations of student status, background variables and feasibility of standard tasks in cognitive aging research. Psychology and Aging, 1988; 2, 29-37
- Weingartner H. Automatic and effort-demanding cognitive processing of older adults in depression. In: L.W. Poon (Ed.) Clinical Memory Assessment. American Psychological Association, 1986; pp 218-225.